

新北市政府衛生局 函

地址：220205新北市板橋區英士路192-1號4樓
承辦人：蔡宜萱
電話：(02)22577155 分機1677
傳真：(02)22585006
電子信箱：AX9957@ntpc.gov.tw

24158

新北市三重區重新路5段646號8樓

受文者：社團法人新北市藥師公會

發文日期：中華民國112年12月29日

發文字號：新北衛健字第1122580545號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：113年藥局轉介行政契約書、轉介單、領款收據及經費結算表各1份

主旨：辦理113年社區藥局及檢驗所協助轉介大腸癌篩檢服務，請查照。

說明：

一、旨揭服務係為提升50至未滿75歲民眾接受大腸癌篩檢服務之可近性及便利性，由社區藥局、檢驗所之醫事人員，將符合篩檢資格民眾轉介至衛生所接受服務。

二、旨揭計畫內容摘述如下：

(一)實施期程：為達服務不中斷，112年起本服務以簽訂長期服務契約方式辦理，自雙方代表簽字後即行生效，若任何一方欲終止，須提前7個工作天以書面告知另一方，且本終止不影響在終止前雙方已執行之部分。

(二)前置作業：為使所有可就近提供大腸癌篩檢服務之藥局或檢驗所皆可參與提供服務，將由貴所與藥局或檢驗所簽訂行政契約書(附件1)。

(三)實施流程：由藥師或醫事檢驗人員邀請符合每2年1次大腸癌篩檢之50至未滿75歲(38至63年次)市民填寫轉介單(附件2)，民眾攜帶轉介單至貴所領取採便管並於採檢後將檢體繳回貴所，即完成轉介服務，每人核付50元；首次篩檢者，每人核付100元。

(四)核銷方式：原始憑證留存衛生所，由貴所每月統計藥局或檢驗所轉介量，檢附領款收據(附件3)及經費結算表(附件4)至本局核銷並請妥慎保管憑證以備抽查，本局撥款後由貴所核付予藥局或檢驗所。

三、副本抄送本市藥師公會及醫事檢驗師公會，惠請協助推廣本案服務內容。

正本：新北市各區衛生所

副本：社團法人新北市藥師公會、新北市醫事檢驗師公會

局長 陳潤秋

本案依分層負責規定授權業務主管決行



社區藥局及檢驗所協助轉介大腸癌篩檢服務行政契約書

立契約人：新北市 _____ 區衛生所（以下簡稱甲方）

_____ 藥局/檢驗所（以下簡稱乙方）

經雙方同意訂立契約條款如下：

- 一、 本契約履行期間自：本契約自雙方代表簽字後即行生效，若任何一方欲終止，需提前 7 個工作天以書面方式告知另一方，且本終止不影響在終止前雙方已執行之部分。
- 二、 乙方辦理本項服務，應秉持專業提供本市 50 歲至 75 歲符合大腸癌篩檢資格之民眾轉介服務。
- 三、 乙方執行業務，如因可歸責於乙方致損害個案健康時，乙方應自負醫療糾紛責任，概與甲方無關。
- 四、 乙方轉介本市 50 歲至 75 歲從未接受免費大腸癌篩檢之民眾至甲方接受糞便潛血檢查，每轉介一案有效篩檢個案，由甲方核付 50 元，首次篩檢者，核付 100 元。
- 五、 核付流程：由甲方於每月 15 日前統計乙方轉介量，查核無誤後，經乙方確認金額，並將領據簽章，統一向新北市政府衛生局（以下稱本局）申請轉介費用，本局核可且撥款後，統一由甲方依領據金額核付轉介費予乙方。
- 六、 如本項預算於契約簽訂期間即將用畢，甲方得於一個月前以書面通知乙方終止契約，乙方需立即停止服務，並不得異議、請求任何賠償或補償。
- 七、 乙方若以偽冒、造假或不實紀錄請款者，除依相關法律追究外，甲方得終止契約，若因此衍生之訴訟費用概由乙方負責。
- 八、 乙方履約期限內有以下情形之一，甲方得終止契約：

(一)有事實足以認定其執行職務違反全民健康保險法及相關法令者，情節重大。

(二)經中央健康保險署予以停止特約或終止特約者。

(三)以偽造、變造或其他不實診療紀錄請款者，除終止契約外，並依相關法律追究責任及追應繳回該違規所得之補助款。

九、本契約未載明之事項依行政程序法及相關法律規定辦理。

十、本契約書一式3份，甲、乙方各執1份，另一份則交回本局留存。

甲方：新北市_____區衛生所

用
印

甲
方
印
信

代表人：

地址：

電話：

乙方：

用
印

乙
方
印
信

代表人：

地址：

電話：

中華民國

年

月

日

新北市 _____ 區衛生所
大腸癌篩檢服務【轉介】單

轉介民眾姓名： _____ 出生年：（民國） _____ 年

聯絡電話： _____ 民眾為首篩：

【 _____ 】藥局/檢驗所，協助上述民眾轉介至衛生所，接受『大腸癌篩檢』服務。

此致
新北市 _____ 區衛生所

藥局/檢驗所簽章： _____

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

新北市 _____ 區衛生所
大腸癌篩檢服務【轉介】單

轉介民眾姓名： _____ 出生年：（民國） _____ 年

聯絡電話： _____ 民眾為首篩：

【 _____ 】藥局/檢驗所，協助上述民眾轉介至衛生所，接受『大腸癌篩檢』服務。

此致
新北市 _____ 區衛生所

藥局/檢驗所簽章： _____

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

新北市_____區衛生所

____年__月_____藥局配合大腸癌篩檢服務

轉介有效個案費用領據

對象：50歲至75歲從未接受大腸癌篩檢之民眾

單價：每案100元

案數：_____案

對象：50歲至75歲符合大腸癌篩檢資格非首次篩檢民眾

單價：每案50元

案數：_____案

總金額：_____元整（大寫）

此致

新北市_____衛生所

機構名稱：_____藥局

地址：

電話：

負責人身分證字號或統一編號：（蓋印信）

機構負責人（簽名或蓋章）：

中華民國_____年_____月_____日

新北市_____衛生所
 _____年度藥局及檢驗所篩檢轉介服務
 經費結算表

項目	概算金額				截至前次結算金額				本次結算金額				累計已付金額	未支用金額	
	單位	單價	數量	金額	單位	單價	數量	金額	備註	單位	單價	數量			金額
合計				0				0					0		0

製表人：

單位主管：

主辦會計人員：

機關首長：